

Materiales educativos del programa Medicare Minute – Agosto de 2025

Cómo elegir entre Medicare original y Medicare Advantage

1. ¿Qué son Medicare original y Medicare Advantage?

Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud ya sea a través de Medicare original o de un Plan Medicare Advantage (MA) (también conocido como plan privado de salud de Medicare o Medicare Parte C).

Medicare original, algunas veces llamado Medicare tradicional o Medicare de cuota por servicio (FFS, por sus siglas en inglés), es cobertura proporcionada directamente por el gobierno federal. Cuota por servicio quiere decir que se les paga a los proveedores una cantidad establecida por cada servicio o procedimiento que proporcionan. Medicare establece las tarifas cada año. Los proveedores envían reclamos, o solicitan pagos, a Medicare y el gobierno les paga por los servicios que usted ha recibido. Usted puede ir con cualquier médico o a cualquier hospital que acepte Medicare, en cualquier parte del país.

Cuando tiene Medicare original:

- Usted va directamente al médico o a un hospital cuando necesita atención. No necesita obtener permiso o autorización de Medicare o una remisión de su médico de atención primaria para la mayoría de los servicios.
- Usted es responsable por una prima mensual de la Parte B y, si corresponde, de la Parte A. Si tiene o desea inscribirse en cobertura suplementaria, puede pagar una prima por separado.
- Generalmente, usted paga un coseguro, o porcentaje del costo total, por cada servicio que recibe.
- Hay límites en las cantidades que los médicos y hospitales pueden cobrar por su atención.

Si desea tener cobertura de medicamentos recetados con Medicare original, en la mayoría de los casos, necesitará elegir e inscribirse en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare, también llamado plan de la Parte D. La Parte D se ofrece a través de compañías de seguro privado. Usted paga una prima aparte por la Parte D.

A menos que elija lo contrario, usted tendrá Medicare original cuando se inscriba en Medicare por primera vez.

Los Planes Medicare Advantage, también conocidos como planes privados de salud de Medicare o Parte C, son planes que tienen un contrato con el gobierno federal y a los que se les paga una cantidad fija por persona por brindar beneficios de Medicare. Los tipos más comunes de Planes Medicare Advantage son:

- Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés)
- Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés)
- Cuota por servicio privado (PFFS, por sus siglas en inglés)

También podría ver:

- Planes de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés)
- Organizaciones Patrocinadas por un Proveedor (PSO, por sus siglas en inglés)
- Cuentas de Ahorros Médicos (MSA, por sus siglas en inglés)

En los Planes Medicare Advantage:

- Usted sigue teniendo Medicare. Esto significa que usted debe pagar una prima mensual por la Parte B (y, para algunas personas, por la Parte A), así como una prima adicional por el Plan Medicare Advantage. Los Planes Medicare Advantage deben cubrir la misma atención que Medicare original paga. Muchos Planes Medicare Advantage incluyen cobertura de medicamentos recetados; a estos planes a menudo se les conoce como MAPD. El componente de cobertura de medicamentos recetados del plan debe cumplir todos los requisitos que los planes separados, o independientes, de la Parte D deben cumplir.
- Usted generalmente tiene que ir con proveedores que estén dentro de la red y área de servicio de su plan para pagar el costo más bajo por los servicios. En muchos planes, usted debe obtener autorización previa o una remisión de su proveedor de atención primaria para los servicios especializados, procedimientos y equipo médico duradero.
- A menudo, pagará copagos fijos por cada servicio o artículo que reciba. Estos costos varían según el plan. Los planes no pueden cobrar copagos o coseguros más altos que los de Medicare original por ciertos servicios, como quimioterapia y diálisis, pero pueden cobrar costos compartidos más altos por otros servicios.
- Todos los Planes Medicare Advantage deben incluir un límite en los gastos de su propio bolsillo para los servicios de la Parte A y B. Por ejemplo, el costo máximo de su propio bolsillo para los planes HMO en 2025 es de \$9,350. Estos límites suelen ser elevados, pero pueden protegerle en contra de los costos ilimitados si necesita mucha atención o tratamientos costosos.
- Un plan Medicare Advantage puede ofrecer ciertos beneficios que Medicare no cubre, como atención dental y de la vista, asesoría y capacitación para cuidadores y cierto tipo de apoyo domiciliario, como trabajo doméstico. No todos los Planes Medicare Advantage cubren beneficios adicionales, así que hable directamente con un plan para averiguar qué beneficios cubre.

Los Planes Medicare Advantage pueden tener diferentes:

- Redes de proveedores
- Reglas de cobertura, incluidos requisitos de autorización previa y remisiones, que pueden limitar cómo y cuándo usted recibe atención
- Primas (además de la prima de la Parte B)
- Costos compartidos, incluidos deducibles y copagos por los servicios cubiertos (consulte la pregunta 4)

Incluso los planes del mismo tipo ofrecidos por diferentes compañías pueden tener reglas diferentes, así que siempre debe hablar directamente con los planes para averiguar cómo funciona su cobertura.

Puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage si:

- Tiene Medicare Partes A y B.
- Vive en el área de servicio del plan.

Muchos Planes Medicare Advantage también ofrecen cobertura de medicamentos recetados (Parte D). Si se inscribe en un plan MSA o en un plan PFFS sin cobertura de medicamentos, puede inscribirse en un plan independiente de la Parte D. Recuerde que las personas con Medicare original que desean tener cobertura de la Parte D también pueden inscribirse en un plan independiente de la Parte D.

Si usted tiene cobertura de salud por parte de su sindicato o empleador (actual o previo) cuando se vuelve elegible para Medicare, se le inscribirá automáticamente en el Plan Medicare Advantage que dicho empleador/sindicato patrocina. Tiene la opción de permanecer en este plan, cambiarse a Medicare original o inscribirse en un Plan Medicare Advantage diferente. Tome en cuenta que si se cambia a Medicare original o se inscribe en un Plan Medicare Advantage diferente, su empleador o sindicato podría cancelar o reducir sus beneficios de salud, los beneficios de salud de sus dependientes y cualquier otro beneficio que reciba de su compañía. Hable con su empleador/sindicato y con su plan antes de hacer cambios para averiguar cómo pueden verse afectados sus beneficios de salud y otros beneficios.

2. ¿Qué es un Medigap?

Los Medigap son pólizas de seguro de salud que ofrecen beneficios estandarizados para trabajar con Medicare original (no con Medicare Advantage). Las compañías privadas de seguros venden estas pólizas. Si usted tiene un Medigap, este paga por una parte o por todos los costos que quedan después de que Medicare original paga. Los Medigap pueden cubrir los deducibles, coseguros y copagos pendientes. Los Medigap también pueden cubrir costos de atención de salud que Medicare no cubre, como la atención que recibe cuando está en el extranjero. Recuerde que los Medigap solo trabajan con Medicare original. Si usted tiene un Plan Medicare Advantage, no puede comprar un Medigap.

Dependiendo de dónde viva y de cuándo se volvió elegible para Medicare, usted tiene hasta 10 diferentes pólizas de Medigap de las que puede elegir: A, B, C, D, F, G, K, L, M y N (las pólizas en Wisconsin, Massachusetts y Minnesota tienen nombres diferentes). Cada póliza ofrece un conjunto diferente de beneficios estandarizados, lo cual quiere decir que las pólizas con el mismo nombre de letra ofrecen los mismos beneficios. Sin embargo, las primas pueden variar entre compañías.

Antes de comprar una póliza de Medigap, asegúrese de informarse bien. Algunos de los pasos recomendados que puede tomar incluyen lo siguiente:

- Asegúrese de ser elegible para comprar un Medigap. Recuerde que solo puede comprar un Medigap si tiene Medicare original. Si está inscrito(a) en un Plan Medicare Advantage, no le pueden vender un Medigap. Averigüe cuándo tiene derecho a comprar un Medigap sin restricciones. Existen protecciones federales para las personas mayores de 65 años que prohíben que las aseguradoras denieguen cobertura o cobren más a las personas con condiciones de salud en ciertas situaciones. Algunos estados tienen protecciones adicionales para las personas menores de 65 años y/o durante periodos adicionales para las personas mayores de 65 años.
- Una vez que haya decidido que desea un Medigap y que confirme que es elegible para inscribirse, compare los diferentes tipos de pólizas que existen. Como se mencionó anteriormente, hay 10 pólizas estandarizadas diferentes en la mayoría de los estados y cada una cubre una gama diferente de costos compartidos de Medicare.
- Averigüe cómo un Medigap cubre las condiciones médicas previas para saber si algunos de sus costos médicos pueden no estar incluidos en la cobertura de Medigap. Dependiendo de sus circunstancias, una póliza de Medigap puede excluir cobertura para las condiciones médicas previas durante un periodo limitado.
- Averigüe cómo se establecen los precios de las primas para que pueda comparar costos. Es importante que entienda las formas en que las aseguradoras establecen primas en su estado para encontrar la mejor opción para usted.

- Tenga una lista de preguntas a la mano cuando esté buscando un Medigap para que no se le olvide qué debe tomar en cuenta. Comprar un Medigap puede ser complicado, pero usar una serie de preguntas escritas y pedir ayuda cuando la necesite puede ayudarle a mantenerse organizado(a) y a simplificar el proceso.

3. ¿Qué debo tomar en cuenta si estoy decidiendo entre Medicare original y Medicare Advantage?

Es importante que entienda sus opciones de cobertura de Medicare y que elija su cobertura cuidadosamente. La forma en que elija obtener sus beneficios y con quién puede obtenerlos puede afectar los costos de su propio bolsillo y dónde puede obtener su atención. Algunos de los factores a considerar cuando esté decidiendo entre Medicare original y Medicare Advantage son:

- Costos: ¿Por cuáles primas y costos de mi propio bolsillo seré responsable? (Consulte la pregunta 4).
- Seguro suplementario (también conocido como Medigap): ¿Tendré la opción de comprar una póliza de Medigap? (Consulte la pregunta 2). ¿Cómo funcionará mi cobertura para jubilados con esta opción?
- Acceso a proveedores: ¿Qué tipo de proveedores puedo ver? ¿Tendré que usar una red de proveedores u obtener remisiones para ir con especialistas? (Consulte la pregunta 5).
- Cobertura de medicamentos: ¿Está incluida la cobertura de medicamentos recetados en mi cobertura o tendré que comprar un plan independiente por separado? (Consulte la pregunta 1). ¿Cómo funcionará mi cobertura para jubilados con esta opción?
- Beneficios adicionales/suplementarios: ¿Hay servicios adicionales, como atención de la vista, del oído o dental, cubiertos en el Plan Medicare Advantage y a qué costo? (Consulte el número 6).
- Límite para los costos de su propio bolsillo: ¿Existe un límite anual para los costos del propio bolsillo en el Plan Medicare Advantage y qué cuenta para este límite? (Consulte la pregunta 7).

4. ¿Cuáles son los costos asociados con Medicare original y Medicare Advantage?

En Medicare original, usted tendrá costos estandarizados de la Parte A y B. Estos costos cambian anualmente. En 2025, estos costos incluyen:

- Prima mensual de la Parte A: la prima mensual de la Parte A puede ser diferente dependiendo de su historial laboral. Si usted o su cónyuge ha trabajado durante más de 10 años, generalmente no tendrá que pagar una prima de la Parte A. Si usted ha trabajado entre 7.5 y 10 años, su prima de la Parte A será de \$285 al mes. Si ha trabajado menos de 7.5 años, su prima de la Parte A será de \$518 al mes.
- Prima mensual de la Parte B: la prima mensual de la Parte B es de \$185 dólares para las personas con ingresos anuales iguales o inferiores a \$106,000 dólares (\$212,000 dólares para una pareja casada). Si sus ingresos son superiores a estas cantidades, puede tener que pagar más. A esto se le conoce como una cantidad mensual ajustada relacionada con los ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés). La IRMAA es una cantidad que usted paga además de su prima de la Parte B si sus ingresos exceden un nivel específico.
- Deducible y coseguro de la Parte A:
 - El deducible de hospital (la cantidad que tiene que pagar antes de que Medicare empiece a cubrir sus costos) es de \$1,676 dólares por periodo de beneficios.
 - El coseguro de hospital es de \$0 al día por los días 1-60 de una estancia hospitalaria después de que usted cubra su deducible. El coseguro es de \$419 al día por los días 61-90 y \$838 al día por los días 91-150.

- El coseguro de los centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) es de \$0 por los primeros 20 días después de una estancia hospitalaria elegible como paciente internado y el coseguro por los días 21-100 es de \$209.50 al día.
- Deducible y coseguro de la Parte B: en Medicare original, usted pagará un deducible de la Parte B (la cantidad que usted paga antes de que Medicare empiece a cubrir sus costos) de \$257 en 2025. Hay un coseguro del 20 % para la mayoría de los servicios que la Parte B cubre.

Tenga en mente que si usted tiene un Medigap (consulte la pregunta 2), este puede pagar por parte de los costos del propio bolsillo de Medicare original. Los planes tienen letras (A, B, C, etc.) y las letras indican qué costos del propio bolsillo se pagan (o están cubiertos).

Si tiene un Plan Medicare Advantage, usted será responsable de pagar por:

- Una prima mensual de la Parte A, si tiene una (consulte lo anterior).
- Una prima mensual de la Parte B (consulte lo anterior).
- Una prima mensual del Plan Medicare Advantage, en muchos planes. La cantidad de esta prima puede variar mucho.
- Un deducible del Plan Medicare Advantage: su Plan Medicare Advantage podría tener un deducible, es decir, una cantidad que usted debe pagar de su propio bolsillo antes de que su plan empiece a cubrir sus servicios.
- Copagos y coseguros: los costos compartidos por los servicios cubiertos por Medicare Advantage pueden variar entre planes. Contacte a su plan para obtener más información sobre qué costos compartidos tendrá que pagar.

Si tiene un Plan Medicare Advantage, su plan tiene un límite para los gastos de su propio bolsillo (consulte la pregunta 7).

5. ¿Con qué tipo de proveedores necesito ir si tengo Medicare original, en comparación con Medicare Advantage?

Si tiene Medicare original, puede ir con cualquier proveedor que acepte pagos de Medicare original. Una vez que haya alcanzado su deducible, los costos de la Parte B pueden variar dependiendo del tipo de proveedor que visite. Hay tres tipos de acuerdos que los proveedores de la Parte B pueden tener con Medicare sobre la forma en que recibirán reembolsos por los servicios que proporcionan a los beneficiarios de Medicare. Para pagar la menor cantidad por los servicios, vaya con un proveedor participante siempre que sea posible.

- **Los proveedores participantes** aceptan Medicare y siempre aceptan asignaciones de Medicare. Aceptar asignaciones quiere decir que el proveedor acepta la cantidad aprobada por Medicare para los servicios de atención de salud como el pago total. Estos proveedores deben facturar a Medicare por la atención que usted recibe. Medicare procesará la factura y le pagará directamente a su proveedor por su atención. Si va con un proveedor participante, usted es responsable de pagar un coseguro del 20 % por la mayoría de los servicios cubiertos por Medicare.
- **Los proveedores no participantes** aceptan Medicare, pero no aceptan asignaciones en todos los casos. Pueden hacerlo únicamente según el caso. Los proveedores no participantes pueden cobrar hasta un 15 % más que la cantidad aprobada por Medicare por el costo de los servicios que usted recibe. A esto se le conoce como el cargo límite. Esto quiere decir que usted podría ser responsable por un máximo del 35 % de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios cubiertos, en lugar del 20 %.

- **Los proveedores excluidos** no aceptan Medicare y han firmado un acuerdo para excluirse del programa de Medicare. Medicare no pagará por la atención que usted reciba con un proveedor excluido, excepto en emergencias. Estos proveedores pueden cobrar cualquier cantidad que deseen por los servicios, pero deben seguir ciertas reglas para hacerlo. Un proveedor excluido debe darle un contrato privado que describa los cargos y que confirme que usted entiende que es responsable por pagar el costo total de su atención y que Medicare no le dará un reembolso.

Puede encontrar proveedores que acepten pagos de Medicare y averiguar si están participando al llamar a 1-800-MEDICARE o al usar la herramienta de comparación de médicos de Medicare en www.medicare.gov.

Si usted tiene un Plan Medicare Advantage, puede estar limitado(a) a una red de proveedores para poder pagar el menor costo posible de su propio bolsillo por su atención. Cada tipo de Plan Medicare Advantage tiene diferentes reglas de la red. Una red está formada por farmacias, médicos, hospitales y centros médicos que tienen un contrato con un plan para brindar servicios. Hay varias formas en que un plan puede administrar su acceso a especialistas o proveedores fuera de la red. Recuerde que los costos son generalmente los más bajos cuando usted va con proveedores y centros de la red, sin importar su plan.

Su Plan Medicare Advantage debe cubrir la atención de emergencia y de urgencia en cualquier parte de EE. UU. sin imponer costos adicionales o reglas de cobertura (por ejemplo, una autorización previa). Esto quiere decir que si usted busca atención de emergencia con un proveedor fuera de la red, su Plan Medicare Advantage debe cubrir su atención como si usted hubiera ido con un proveedor dentro de la red. Los Planes Medicare Advantage definen una emergencia a través del estándar de persona prudente. Prudente quiere decir actuar con cuidado o pensando en el futuro. Este estándar garantiza que, incluso si su condición resulta no ser una emergencia médica, de todos modos estará cubierta, siempre y cuando una persona prudente hubiera asumido que era una emergencia en el momento en que recibió atención.

Es importante que sepa que no todos los Planes Medicare Advantage, incluso los planes del mismo tipo, funcionan de la misma forma. Asegúrese de entender la red y las reglas de cobertura del plan antes de inscribirse. Si tiene preguntas, contacte a su plan para obtener más información.

Esta tabla proporciona una descripción general de las reglas de acceso a proveedores para los planes HMO, PPO y PFFS:

	HMO	PPO	PFFS
¿Necesito una remisión antes de poder ver a un especialista de la red?	Si, generalmente	No	Sí
¿Pagará el plan por la atención de un médico u hospital que no sea parte de la red del plan?	No, a menos que necesite atención de urgencia o de emergencia o si tiene una opción de Punto de Servicio (POS, por sus siglas en inglés) que le permita usar proveedores fuera de la red.	Sí, pero pagará más, a menos que sea una emergencia.	Sí, pero generalmente pagará más y el proveedor debe aceptar atenderlo(a), a menos que sea una emergencia.

Nota: Esta tabla no incluye los planes SNP ni MSA de Medicare. Un SNP es un plan de atención administrada que atiende a las personas con necesidades especiales. En un plan MSA, usted puede ir con cualquier médico o a cualquier hospital que acepte Medicare y que esté dispuesto a aceptar las tarifas del plan. Si está considerando unirse a un SNP o MSA, pregunte sobre las reglas específicas de la red del plan.

6. ¿Qué son los beneficios suplementarios de Medicare Advantage (MA)?

Un beneficio suplementario de Medicare Advantage es un artículo o servicio que Medicare original no cubre. Estos artículos o servicios no necesitan proporcionarse a través de proveedores de Medicare o en centros certificados por Medicare. Para recibirlos, solo tiene que seguir las reglas del plan. Existen diferentes tipos de beneficios suplementarios de MA que usted puede recibir, por ejemplo:

- Entre los beneficios principalmente relacionados con la salud que se ofrecen más comúnmente, se encuentran la atención dental, la atención de la vista, los aparatos auditivos y las membresías al gimnasio. Estos beneficios suplementarios de Medicare Advantage pueden estar disponibles sin una prima adicional. Sin embargo, algunos beneficios suplementarios de Medicare Advantage son opcionales y requieren pagar una prima adicional. Este suele ser el caso para los beneficios dentales y de la vista.
- Los ofrecidos con menos frecuencia son los beneficios suplementarios de Medicare Advantage que no están relacionados principalmente con la salud para los beneficiarios con enfermedades crónicas. Estos beneficios abordan los factores ambientales que pueden afectar la salud, el funcionamiento, la calidad de vida y los niveles de riesgo. Ejemplos de estos beneficios son entrega de comidas, transporte para necesidades no médicas y limpiadores de aire para el hogar. Se considera que usted tiene una enfermedad crónica si:
 - Tiene al menos una condición crónica médicamente compleja que amenaza su vida o que limita significativamente su salud o función,
 - Tiene un alto riesgo de hospitalización u otros resultados negativos de salud, y
 - Requiere coordinación de atención intensiva.

Si cumple estos criterios, un Plan Medicare Advantage puede ofrecerle uno de estos beneficios si hay una expectativa razonable de mejorar o mantener su salud o función. Los Planes Medicare Advantage pueden crear grupos de beneficios suplementarios de Medicare Advantage para satisfacer sus necesidades. Su grupo de beneficios suplementarios de Medicare Advantage puede ser diferente al de otra persona en el mismo Plan Medicare Advantage. Por ejemplo, un plan podría cubrir servicios como limpieza de aire o de alfombras en las viviendas si usted tiene asma severa. Mientras que usted puede obtener cobertura para este servicio, una persona con asma leve no la recibiría.

En algunos casos, es posible que no haya un Plan Medicare Advantage en su área que cubra los beneficios suplementarios de Medicare Advantage que usted necesita.

7. ¿Cuál es el límite máximo para los costos de mi propio bolsillo?

Todos los Planes Medicare Advantage deben establecer un límite anual para los costos de su propio bolsillo, conocido como límite máximo para los costos de su propio bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés). Este límite suele ser elevado, pero puede protegerlo(a) en contra de los costos excesivos si necesita mucha atención o tratamientos costosos. Después de alcanzar su MOOP, usted no deberá pagar costos compartidos por los

servicios cubiertos de la Parte A o B durante el resto del año. Algunos planes también pueden aplicar el MOOP a los beneficios suplementarios, como atención de la vista, del oído o dental.

Los costos de su propio bolsillo que le ayudan a cubrir su MOOP incluyen todos los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) por los servicios cubiertos de la Parte A y B que usted reciba con proveedores dentro de la red. Los costos compartidos de la Parte D no se toman en cuenta para el MOOP de su plan.

En 2025, el MOOP para los Planes Medicare Advantage es de \$9,350, pero los planes pueden establecer límites más bajos. Si está en un plan que cubre servicios que usted recibe con proveedores fuera de la red, como un PPO, su plan debe establecer dos límites anuales para los costos de su propio bolsillo. Un límite es para los costos dentro de la red y el otro es para los costos combinados dentro de la red y fuera de la red.

Llame directamente a su plan si tiene preguntas sobre su límite anual para los costos de su propio bolsillo.

8. ¿Cómo puedo protegerme en contra de la comercialización engañosa?

Las compañías de seguro de salud tratan de comunicarse con las personas de diferentes formas, por ejemplo, comerciales de televisión o de radio, eventos, correspondencia, llamadas telefónicas y mensajes de texto. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) tienen reglas para la comercialización de los Planes Medicare Advantage y los planes de la Parte D. Estas reglas protegen a los beneficiarios de Medicare en contra de comercialización agresiva o engañosa.

Antes de inscribirse en un plan, asegúrese de entender qué cubre el plan, cómo afecta sus beneficios de Medicare y otros beneficios de salud (como Medicaid o su cobertura para jubilados o cobertura sindical) y si cubre los medicamentos que usted necesita. Comuníquese directamente con un plan para confirmar si cubrirá ciertos servicios para usted y asegúrese de obtener toda la información por escrito.

Recuerde que un agente o intermediario nunca debe presionarle o engañarle para que se inscriba en un plan específico. Tampoco debe ofrecerle regalos por inscribirse o decir que Medicare o el Seguro Social lo envió. Si siente que un agente le ha presionado o engañado, guarde toda la información, por ejemplo, la tarjeta de presentación del agente, los mensajes, los folletos de comercialización u otra información de contacto. Debe reportar esto a su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) o Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) local y ahí le ayudarán a revisar la preocupación y reportarla ante los CMS como una posible infracción de comercialización. La información de contacto de su SMP o SHIP local se encuentra en la última página de este documento.

Su SHIP local también puede ayudarle a pedir un periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) para cambiar de planes si, debido a información engañosa, se inscribió en un plan que no cubre los servicios que necesita.

9. ¿Dónde puedo encontrar cobertura alternativa para los servicios que Medicare original no cubre?

- Medicaid: Medicaid es un programa federal y estatal que proporciona cobertura de salud a ciertas personas con ingresos y bienes limitados. En algunos estados, Medicaid cubre servicios que Medicare no cubre, incluida la atención dental, de la vista, la atención a largo plazo y el transporte. Un estado también puede tener un programa de exención de Medicaid que cubre estos servicios adicionales. Para

obtener más información sobre el programa de Medicaid de su estado, contacte a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) local. La información de contacto de su SHIP local se encuentra en la última página de este documento.

- Clínicas gratuitas o a costo reducido: usted podría tener acceso a los servicios que necesita a través de una clínica gratuita o a costo reducido en su área. Use los recursos disponibles en [needymeds.org](https://www.needymeds.org), [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov), [freeclinics.com](https://www.freeclinics.com) y [hhs.gov](https://www.hhs.gov) para obtener más información.
- Programas de servicios dentales donados o escuelas dentales: los programas de servicios dentales donados operan en algunos estados. Los dentistas en estos programas ofrecen servicios dentales gratuitos si usted es elegible. También puede obtener atención dental de bajo costo en una escuela dental, donde los estudiantes dentales trabajan con pacientes bajo la supervisión de dentistas experimentados con licencia.
- Localizador para adultos mayores de la Administración de Vida Comunitaria (ACL, por sus siglas en inglés): visite [eldercare.acl.gov](https://www.eldercare.acl.gov) para obtener más información sobre otros recursos en su comunidad, como la atención a largo plazo y la asesoría legal.

10. ¿Con quién debo comunicarme si tengo preguntas?

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés): contacte a su SHIP local para hablar más sobre las diferencias entre Medicare original y Medicare Advantage y cuál es la mejor opción para usted. Los asesores del SHIP brindan asesoría y asistencia imparcial de Medicare. La información de contacto de su SHIP se encuentra en la última página de este documento.

Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés): contacte a su SMP si ha experimentado un posible fraude, error o abuso contra Medicare, o comercialización engañosa. La información de contacto de su SMP local se encuentra en la última página de este documento.

Medicare: llame al 1-800-MEDICARE o use la herramienta de comparación de médicos en Medicare.gov para averiguar qué médicos participan en Medicare. También puede llamar o usar la herramienta de localización de planes en el sitio web para comparar los Planes Medicare Advantage y de la Parte D.

Medigap: después de seleccionar su póliza de Medigap, tendrá que comunicarse directamente con la compañía de seguros para inscribirse. Haga preguntas y asegúrese de confirmar toda la información por escrito, por ejemplo, el nombre de la póliza de Medigap y su fecha de entrada en vigor.

Estudio de caso práctico de SHIP

Diana va a cumplir 65 años y se volverá elegible para Medicare. Ha escuchado mucho acerca de sus opciones y ha visto comerciales en la televisión para algunos planes, pero desea tomar una decisión informada. Tiene cobertura de medicamentos gratuita y válida a través de su plan para jubilados, así que no desea la Parte D. Quiere poder ir con médicos en Ohio, donde vive, y en Nuevo México, cuando visita a la familia de su hija durante varios meses al año. Va con muchos proveedores y le gustaría limitar cuánto paga cada vez que va con uno.

¿Qué debe hacer Diana?

- Diana debe llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para que le ayuden a comparar sus opciones de cobertura de Medicare.
 - Si Diana no sabe cómo comunicarse con su SHIP, puede llamar al 877-839-2675 o visitar www.shiphelp.org.
- El asesor del SHIP pueda ayudar a Diana a considerar sus opciones, las cuales incluyen obtener Medicare original con o sin un Medigap y elegir un Plan Medicare Advantage.
 - Como Diana le da prioridad a ver a múltiples proveedores en diferentes lugares, el asesor del SHIP puede explicarle que esto sería más fácil de hacer con Medicare original, el cual le permitiría ver a cualquier médico en cualquier parte del país, siempre y cuando acepte pagos de Medicare.
 - Si Diana elige un Plan Medicare Advantage, es probable que se enfrente a denegaciones y/o costos más elevados de su propio bolsillo si va con médicos fuera de la red de ese plan.
- Como Diana está tratando de limitar los costos de su propio bolsillo, el asesor del SHIP puede ayudarle a entender sus opciones.
 - Si está considerando los Planes Medicare Advantage, debe averiguar cuáles son sus deducibles, copagos y coseguros. También debe averiguar cuáles son los límites para los gastos de su propio bolsillo del plan.
 - Si Diana está considerando Medicare original, el asesor del SHIP también debe darle información sobre cómo elegir y comprar una póliza de Medigap, la cual puede limitar los costos de su propio bolsillo.
- El asesor del SHIP también puede informar a Diana sobre los beneficios suplementarios de Medicare Advantage, como los beneficios dentales, de la vista y del oído.
 - Si Diana está considerando un Plan Medicare Advantage, puede preguntar si el plan cubre cualquiera de estos beneficios y, de ser así, qué costos y restricciones están relacionados con esta cobertura.
 - Si Diana prefiriera inscribirse en Medicare original, o si no hay Planes Medicare Advantage que cubran los beneficios suplementarios que está buscando, el asesor del SHIP puede darle recursos sobre cuándo y cómo acceder a estos tipos de servicios y beneficios fuera de un Plan Medicare Advantage.

Estudio de caso práctico de la SMP

Luis estaba pensando en cambiarse a un Plan Medicare Advantage. Tenía un plan específico en mente. Estaba especialmente interesado en inscribirse en este plan debido a su cobertura dental y un reembolso por la membresía a un gimnasio. Llamó al plan para averiguar si cubría sus medicamentos y consultas con sus médicos. El representante del plan confirmó que sus cuatro médicos regulares formaban parte de la red del plan y que también cubría todos sus medicamentos. ¡Luis estaba muy emocionado! Se inscribió en el Plan Medicare Advantage.

Un par de meses después de que se había inscrito oficialmente, Luis fue a la farmacia para surtir sus medicamentos recetados. El farmacéutico le informó que su nuevo Plan Medicare Advantage no cubriría uno de los medicamentos. Otro medicamento podría estar cubierto, pero Luis tendría que ir con su médico y probar primero una versión genérica. Cuando Luis llamó al consultorio de su médico y le pidieron la información de su nuevo seguro, le dijeron que su médico estaba fuera de la red del plan y que lo ha estado por años. Le dieron

una muestra de sus medicamentos mientras tanto, pero Luis tendrá que encontrar una solución a más tardar el próximo mes. Luis no sabe cómo pudo ocurrir todo esto ni cómo solucionarlo.

¿Qué debe hacer Luis?

- Luis debe llamar a su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) local.
- El integrante del equipo de la SMP puede preguntarle a Luis si tiene información o mensajes de su(s) conversación(es) con el representante del Plan Medicare Advantage.
 - De ser así, debe recopilar todo. Esto puede incluir comunicaciones como correos electrónicos, mensajes de texto, mensajes de voz o la fecha/hora de su llamada.
 - De no ser así, pueden tratar de obtener otra información sobre la llamada, como el nombre y número telefónico del representante o la fecha/hora de la llamada telefónica.
 - El integrante del equipo de la SMP puede alentar a Luis a que siempre mantenga registros y pida información por escrito después de tener llamadas telefónicas con los representantes de los planes. También puede usar un "Mi Rastreador de Atención de Salud" o la aplicación móvil SMP Medicare Tracker para tomar notas.
- La SMP puede ayudarle a Luis a reportar la comercialización engañosa (es decir, que el representante le dijo que el plan cubría a sus médicos y medicamentos cuando no los cubría) a los CMS.
- La SMP también puede referir a Luis a su SHIP local para que le ayuden a solicitar un SEP para Medicare, para que pueda cambiar de planes o cancelar retroactivamente su inscripción a este plan.
 - Juntos, el SHIP y Luis pueden comparar planes que cubran sus medicamentos e incluyan a sus médicos en la red de proveedores. Luis también debe confirmar con los consultorios de sus médicos que sí aceptan el plan en el que va a inscribirse.

Información de contacto del SHIP local	Información de contacto de la SMP local
Línea gratuita del SHIP: 800-247-4422 Correo electrónico del SHIP: IdahoSHIBA@doi.idaho.gov Sitio web del SHIP: https://doi.idaho.gov/SHIBA/ Para encontrar un SHIP en otro estado: Llame al 877-839-2675 y diga "Medicare" cuando se lo pidan o visite www.shiphelp.org .	Línea gratuita de la SMP: Correo electrónico de la SMP: Sitio web de la SMP: Para encontrar una SMP en otro estado: Llame al 877-808-2468 o visite www.smpresource.org .

Este documento está respaldado por la Administración de Vida Comunitaria (ACL, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), como parte de una concesión de ayuda económica con un total de \$2,534,081, de los cuales el 100 por ciento está financiado por ACL/HHS. El contenido pertenece al autor o autores y no representa necesariamente los puntos de vista oficiales, ni el respaldo, de ACL/HHS ni del gobierno estadounidense.

Centro de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675 | www.shiphelp.org | info@shiptacenter.org
 Centro de Recursos de la SMP: 877-808-2468 | www.smpresource.org | info@smpresource.org
 © 2025 Medicare Rights Center | www.medicareinteractive.org

El Centro de Derechos de Medicare (Medicare Rights Center) es autor de ciertas secciones del contenido en estos materiales, pero no es responsable por ningún contenido que el Centro de Derechos de Medicare no haya creado.